**（1）法定代表人证明书**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_现任我单位\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_职务，为法定代表人，特此证明。

有效期限：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

附：代表人性别：\_\_\_\_\_年龄：\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 身份证号码：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

注册号码：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_企业类型：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

经营范围：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

响应供应商名称（盖章）：：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

地址：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

响应供应商法定代表人（签字或盖章）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

职务：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

日期： 年 月 日

**(为避免响应无效，请供应商务必提供本附件)**

法定代表人身份证复印件反面

法定代表人身份证复印件正面

**（2）法定代表人授权委托书**

致：惠州市第一妇幼保健院

本授权书声明：\_\_\_\_\_\_\_\_是注册于 （国家或地区）的（响应供应商名称）的法定代表人，现任\_\_\_\_\_\_\_\_职务，有效证件号码：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_。

现授权 （姓名、职务） 作为我公司的全权代理人，就“ ”项目采购[采购项目编号为 ]的响应和合同执行，以我方的名义处理一切与之有关的事宜。

本授权书于\_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_\_\_\_日签字生效，特此声明。

响应供应商名称（盖章）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

地址：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

响应供应商法定代表人（签字或盖章）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

职务：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

法定代表人授权代表（签字或盖章）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

职务：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

日期： 年 月 日

注：响应签字代表为法定代表人，则本表不适用。

代理人身份证复印件正面

代理人身份证复印件反面

代理人身份证复印件